

O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico

Humanization in Health Program: dilemmas between the relational and the technical

Jaqueline Ferreira

Doutora em Antropologia Social
Universidade Federal Fluminense
E-mail: jaquetf@yahoo.com.br

Resumo

Este trabalho tem por objetivo propor uma reflexão sobre o: *Programa da Humanização da Saúde* proposto pelo Ministério da Saúde como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. Segundo os documentos do Programa “Humanizar” é: “*ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais*”. No entanto, se observa como os vários sentidos que assume o termo “humanizar” e a diversidade de pessoas envolvidas neste processo implicam em diferentes desdobramentos no processo de trabalho e nas relações profissional /usuário dos serviços de saúde. A análise busca resgatar como esta proposta demanda dos profissionais de saúde a conversão de uma dimensão técnica de seu trabalho a uma dimensão relacional.

Palavras-chave: Humanização; Relacional; Técnico; Assistência hospitalar

Abstract

This article aims to reflect upon the *Humanization in Health* Program proposed by the Ministry of Health as a guideline for care and management practices in all instances of the Unified Health System. According to the documents of the program, “to humanize” is: “*to provide qualified care by the articulation of technological advances with welcoming, improving both care settings and working conditions of the providers*”. However, several meanings for the expression “to humanize” are observed, as well as a diversity of people involved in this process, implying in different developments of the working process and of the provider/user relationship at the care services. The analysis tries to recover how this proposal demands the conversion of a technical dimension of the work of health providers to a relational dimension.

Keywords: Humanization, Relational, Technical, Hospital Assistance

No ano de 2000, o Ministério da Saúde regulamenta o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e o tema também é incluído na pauta da XI Conferência Nacional de Saúde realizada no mesmo ano. O objetivo fundamental do Programa é aprimorar as relações entre profissionais e usuários, entre os profissionais e hospital e a comunidade:

“Tematizar a humanização da assistência abre, assim, questões fundamentais que podem orientar a construção de políticas de saúde. Humanizar é, então, ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil - MS, 2004, p.5).

O objetivo deste artigo é fazer uma reflexão sobre a proposta atual de “Humanização da Saúde” como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde. No entanto, observa-se como os vários sentidos que assume o termo “humanizar” e a diversidade de pessoas envolvidas nesse processo implicam diferentes desdobramentos no trabalho e nas relações profissional/usuário dos serviços de saúde, onde se observam duas formas específicas de engajamentos: o técnico e o relacional. Gostaria de iniciar este debate problematizando a noção de “humanização”.

Humanizar: fronteiras e indeterminações

Alguns autores nos mostram como a noção de “Humanização da Saúde” é vaga e incerta. Segundo Deslandes, uma das provocações feitas em torno do termo questiona se “a prática em saúde era (des)humanizada ou não era feita por e para humanos?”. E a autora conclui que o programa se caracteriza “...mais como uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela de profissionais e gestores, do que [como] um aporte teórico-prático” (Deslandes, 2004, p.8). Puccini e Cecílio mostram igualmente outras polêmicas que o tema suscita:

“A primeira tentação é dar por resolvida essa insuficiência, reafirmando a definição genérica do humanismo clássico entendido como qualquer atitude ou teoria que afirme que a dignidade humana é o valor supremo e deve, portanto, ser tão favorecida quanto defendida dos ataques precedentes dos poderes polí-

ticos, econômicos e religiosos” (Puccini e Cecílio, 2004, p.1347).

Segundo esses autores, a dificuldade de conceituação propicia uma “avalanche de intenções que, situadas no campo dos justos e politicamente corretos, trabalham com concepções de mundo muito diferentes, resultando em distintas propostas de humanização que, no fundo, só coincidem enquanto *slogan* de propaganda” (Puccini e Cecílio, 2004, p.1347).

Partindo dessas premissas, a abordagem antropológica se faz aqui pertinente, uma vez que a disciplina sempre se confrontou com a diversidade de formas humanas imaginadas por diferentes sociedades. Nessa trajetória, sabe-se que a noção de “humanidade”, longe de ser única, remete-nos sempre à questão de valores: o que é ser humano? Como se constrói e se destrói a qualidade de humanidade dos sujeitos? O fato é que é impossível construir uma definição de humanidade isenta de concepções políticas e ideológicas. Portanto, convém nos questionarmos quais os valores que procura transmitir a idéia de “humanização” enquanto política proposta pelo Estado e como ela repercute nas práticas de assistência.

O fato é que as políticas não são feitas unicamente de atos, mas igualmente de palavras, ou, melhor dizendo, as palavras, uma vez enunciadas, tornam-se atos que produzem efeitos sociais. Neste caso, as palavras servem para designar os indivíduos ou grupos, para qualificar os problemas com a finalidade de mediar, para enunciar as soluções e os métodos de avaliação, em suma, para pensar a ação pública, seus adeptos e destinatários (Fassin, 2004). No que diz respeito ao Programa de Humanização da Saúde, observa-se que os diferentes sentidos dados ao termo originam uma diversidade de práticas. Na medida em que o termo “humanizar” e todo o seu léxico correspondente se tornam recorrentes na fala dos diferentes atores do processo, há uma interpretação e aplicabilidade desses termos que dependem das motivações, das relações com as atividades e das dinâmicas das relações sociais estabelecidas. Assim, entre o texto do programa, o que preconizam os seus idealizadores e a realidade das instituições e o cotidiano dos atores locais, a distância pode ser considerável. O fato de existir indeterminação em relação às práticas e percepções relativas à humanização não ocorre por acaso. Cada um dos sujeitos dessas relações tem a sua própria con-

vicção. Assim, “humanizar” pode ser concebido desde como uma escuta atenta, uma boa relação médico-paciente, a reorganização dos processos de trabalho (que facilite o acesso aos serviços), a criação de ouvidorias e “balcões de acolhimento”, até a melhoria das estruturas do espaço físico. A viabilização dessas práticas pelos gestores também difere, indo de uma ênfase na formação e sensibilização dos profissionais com o auxílio de assessorias especializadas (psicólogos, pedagogos) até a gratificação remunerada dos serviços que apresentem melhora da satisfação dos usuários (ver, por exemplo, Tornquist, 2003; Caprara e Franco, 1999).

Enfim, muitos sentidos podem ser dados a “humanização”. De forma geral, ela aparece como a necessária redefinição das relações humanas na assistência e mesmo da compreensão da condição humana e dos direitos humanos, segundo o entendimento de que os usuários têm o direito de conhecer e decidir sobre os seus diagnósticos e tratamentos.

Como bem observa Deslandes (2004), tal programa constitui uma política ministerial bastante singular, uma vez que busca introduzir “uma nova cultura de atendimento à saúde” tendo como foco a sensibilização de seus profissionais (Brasil - MS, 2000). No entanto, a autora nos mostra como a abrangência e a aplicabilidade do programa não estão intimamente demarcadas:

“Considerando a organização e estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas, voltados para a humanização da assistência?” (Deslandes, 2004).

De fato, a tendência corporativa das profissões de saúde, as várias formas de degradação da medicina de mercado e a burocratização excessiva das organizações estatais limitam a capacidade resolutiva dos serviços de saúde. A ênfase demasiada na técnica é a regra da maioria desses serviços. Na maior parte das situações, os profissionais de saúde não estão preparados para lidar com as questões sociais e subjetivas dos usuários, o que culmina na fragilização de suas práticas de atenção.

Gostaria de realizar uma pequena digressão sobre a história da missão do hospital e a inserção de vo-

luntários e profissionais nele, para compreendermos as origens de sua atual estrutura organizativa e suas relações com a assistência.

Do Doente à Doença. O Nascimento da Medicina Hospitalar

O nascimento da medicina hospitalar passa pelo deslocamento da atenção do doente à doença. O hospital, por sua vez, tal como o concebemos hoje, é próprio do ocidente cristão. A partir da Idade Média (séculos XII e XIII, mais precisamente), o hospital configurava a tradição institucional da caridade. Seu objetivo consistia em recolher os pobres necessitados de cuidados tanto físicos quanto morais e materiais. Seu público eram tanto os doentes como também os indigentes, órfãos, velhos e peregrinos que não tinham onde passar a noite. Além de asilo, era também o local onde se distribuíam esmolas e mantimentos a todos os carentes não necessariamente internados. Sua administração estava a cargo dos religiosos, cuja visão era a de que os pobres e doentes estavam simbolicamente associados a Cristo. Assim, ajudá-los revelava uma grande espiritualidade e acima de tudo um meio de obter perdão dos pecados, o que implicava que aqueles eram um mal necessário, isto é, os pobres “devem existir para que os ricos paguem seus pecados”. Os religiosos lhes prestavam conforto moral: era imperativo assistir os moribundos e fazer com que se arrependessem de suas culpas.

A medicina não fazia parte do hospital e os médicos eram somente tolerados no local e chamados em casos pontuais. Os médicos eram desacreditados pela igreja e as terapêuticas eram aleatórias e pouco eficazes, uma vez que o remédio consistia acima de tudo em alimentar o contingente de internados cuja “doença” era a fome. Portanto, a relação entre médicos e religiosos era conflituosa e competitiva e assim se manteria até o século XVIII.

O caráter assistencial do hospital incentivava o êxodo rural, uma vez que a população do campo afluía à cidade procurando alimentos e esmolas, o que aumentava a indigência nos grandes centros. Aliadas a isto, as alterações demográficas e econômicas provocadas pela peste, seguida por uma crise social e espiritual, fizeram com que no século XVI houvesse uma reorganização da assistência, na qual adminis-

tração pública se viu obrigada a intervir. Isto resultou em uma classificação dos pobres: os merecedores (doentes, velhos, fracos) e os não merecedores (vagabundos, ignorantes das leis cristãs) de ajuda. Assim, na medida em que os hospitais não conseguiam responder à amplitude das necessidades da população, os “maus pobres”, perigosos para a sociedade, eram excluídos do sistema e deveriam ficar reclusos nos hospitais. Inicia-se aí a proibição de esmolas e instaura-se o princípio do trabalho obrigatório, de maneira que aos princípios cristãos se aliam medidas repressivas e coercitivas (Herzlich e Pierret, 1991).

No século XVIII, os pensadores iluministas começaram a criticar esse caráter de depósito de indigentes, loucos e vagabundos dos hospitais. Defendiam eles uma assistência em domicílio, mais personalizada, e que se apresentasse como fator de inclusão social. Mas foi no fim do século XVIII e início do século XIX que houve uma verdadeira transformação no caráter assistencial do hospital, e isso aconteceu em virtude de uma mudança radical na epistemologia médica. A permissão da autópsia de cadáveres e as descobertas simultâneas dos microorganismos e do bacilo da tuberculose por Pasteur e Koch, respectivamente, fizeram com que as doenças, antes entidades invisíveis, passassem a ser concretas e bem definidas. Assim, se a medicina clássica hipocrática baseava-se somente nos sintomas descritos pelo paciente para tratar a doença, na medicina moderna há uma transição do ideal para o real, corporal; de um olhar de superfície para um olhar de profundidade, do invisível para o visível. A medicina, então, é legitimada como saber e ciência, e isso assegurava aos médicos primazia em relação aos outros inúmeros curadores, sobretudo os clérigos, cujo poder já fora bastante diminuído pela realza (Foucault, 1980).

As repercussões desse novo *status* na assistência foram imediatas: o hospital, graças à grande concentração de doentes e pela possibilidade de realizar autópsias, passa a ser o centro do saber, local de pesquisa e ensino médico.

O trabalho assalariado se introduziu tardiamente no contexto da assistência hospitalar, enquanto na clínica privada os cuidados médicos já eram pagos desde o século XVIII, também para diferenciarem-se do cuidado caritativo religioso. Essa não remuneração em hospitais se explica pela dificuldade de trans-

formar os valores morais ligados às atividades de cuidados com saúde em valor de troca, ou seja, em salário efetivo, uma vez que as representações dessas atividades sempre estiveram vinculadas à esfera do privado (antes de se concretizar na esfera pública). Os médicos, mesmo não recebendo honorários, trabalhavam no hospital, pois este era um local que lhes proporcionava aquisição de conhecimentos que eles poderiam aplicar na clínica privada. Aliado a esses aspectos, o trabalho hospitalar conferia prestígio moral e social ao profissional, pois a prática médica era considerada o “exercício da caridade” e da filantropia, o que deu origem à idéia do “sacerdócio” da medicina.

Com a nova configuração, os cuidados de higiene, alimentação e conforto dos enfermos vão se tornando tarefas subalternas. Os doentes deviam permanecer dóceis, ou seja, o benefício da assistência gratuita obrigava-os a se submeterem “pacientes” à observação científica. O quadro técnico se profissionalizava cada vez mais, ocupando o lugar dos religiosos e voluntários, e os recursos humanos vão ficando mais numerosos e melhor formados. A sua missão de ensino e pesquisa faz com que a profissionalização se polarize em patologias que suscitam interesse científico, dando lugar a uma especialização crescente.

Doença e pobreza passam a ser entidades separadas. O hospital é lugar dos doentes necessitando cuidados médicos, e os pobres são encaminhados aos hospícios, locais de assistência social. Por outro lado, a construção e renovação dos edifícios melhoram a imagem de acolhimento e estadia, distinguindo-se daquela antiga – de instituição como depósito de pobres. Os usuários com problemas sociais são encaminhados para outras instituições, com pessoal competente e adaptado, a fim de que o hospital possa exercer sua função específica: atender patologias. Logo se cria um conflito entre os médicos interessados no progresso da ciência e a administração pública, que deseja que o hospital seja também um local de assistência aos pobres.

A partir da Segunda Guerra Mundial, as modalidades de acompanhamento hospitalar e o público assistido mudam enormemente. As mutações da sociedade, as leis visando a assistência social e a evolução sem precedentes das tecnologias médicas – que requerem importantes investimentos financeiros, os quais só podem ser proporcionados ao hospital pelo aporte

de fundos públicos – acabam por atrair a classe média e alta, o que reforça a posição e missão do hospital de servir a toda a coletividade, ou seja, o seu caráter de universalidade – são requeridos e valorizados mais os critérios técnicos médicos do que os morais.

Esses aspectos demonstram como se construiu uma cultura institucional que se impôs na organização das práticas de saúde, com precedência em uma suposta racionalidade científica e com ênfase na técnica. As diversas missões que o hospital desempenhou no curso da história (inclusive no curso da história de suas relações com voluntários e profissionais) obedecem a lógicas culturais mais amplas. Nessa perspectiva, as relações sociais aí criadas tendem a reproduzir a distribuição desigual de poder, mais ampla – da sociedade. A posição social e o capital de poder que cada um possui antecedem em um certo sentido a relação propriamente entre os indivíduos, demarcando papéis e distâncias sociais (Bourdieu, 1972). No contexto das práticas de saúde, esse tipo de ajuste é perceptível em dois níveis: o relacional e o técnico.

O Relacional e o Técnico: duas lógicas de engajamentos

A língua inglesa possui dois termos para diferenciar os aspectos relacional, afetivo, dos aspectos técnicos; são elas: *to care* e *to cure*, respectivamente. Enquanto o *to cure* se restringe aos aspectos formais e técnicos do tratamento, *to care* implica tradicionalmente certos valores e sentimentos: cuidado, engajamento, interesse, respeito e atenção. A efetivação deste é um verdadeiro desafio nas instituições hospitalares, que impõem normas em relação ao tempo (horários, rotatividade de pessoal), espaços (deslocamentos, confinamento, promiscuidade), dependência hierárquica (graus variáveis de autonomia), circulação de informação (registros escritos, formulários) e execução dos atos propriamente ditos (protocolos).

Cabe aqui relembrar a escala hierárquica existente no sistema hospitalar ocidental: os recém-formados a serviço dos *experts*, as enfermeiras a serviço dos médicos. Aos médicos compete a parte diagnóstica e a prescrição de tratamentos, e aqui o aspecto técnico é um critério de valorização da profissão. Eles manifestam uma grande ambivalência em relação a tudo o que é ligado ao “social” de seus pacientes. Essas ques-

tões são delegadas ao pessoal mais abaixo da escala hierárquica: enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Isto aparece nitidamente quando os enfermeiros, como forma de legitimação da profissão, reivindicam a prática mais “relacional” com os pacientes, e procuram definir um território específico de intervenção a fim de adquirir sua autonomia em tudo o que se situa fora das atividades realizadas sob o controle médico. Segundo Paicheler, é justamente essa reivindicação que os aproxima dos auxiliares de enfermagem (situados mais abaixo ainda na hierarquia profissional hospitalar), cujas tarefas (íntimas e quotidianas) os aproximam (mais que os outros) do doente (Paicheler, 1995). Assim os auxiliares, por sua vez, procuram tirar um proveito valorizante de suas tarefas, ou as repassam para outros - outros técnicos, auxiliares de limpeza, por exemplo (Arbório, 1995). Cicourel observa os mesmos aspectos na divisão de tarefas entre médicos recém-formados e *experts*. Os recém-formados passam mais tempo a examinar os doentes, enquanto os *experts* se dedicam ao diagnóstico e às decisões relativas ao tratamento. Essa atmosfera resulta das situações de competição e avaliação constantes nas competências médicas (Cicourel, 2002). Assim, observamos que as tarefas ligadas à escuta das necessidades do doente e aos contatos físicos são destinadas ao nível mais baixo da hierarquia médica.

A oposição entre médicos e demais profissionais nos faz pensar em uma oposição entre dois tipos de saberes: saber da experiência, do vivido, *versus* saber do *expert*, do especialista. No entanto, essa oposição não é tão antagônica quanto parece. O médico, mesmo que se interesse somente pela doença (para a realização de uma intervenção), em algum momento deverá lembrar (e mesmo que isto não lhe agrade) que a doença diz respeito a um ser humano singular e que toda a ação será personalizada em um dado momento. Por outro lado, os profissionais mais próximos das práticas de cuidado também deverão se informar sobre o processo de adoecimento do doente e sobre a doença em questão. Enfim, os dois têm como objetivo o ser humano doente – os caminhos é que são inversos. Um dissocia e objetiva, o outro solidariza e singulariza. Mas uma mesma condição é necessária para a obtenção da cura ou do bem-estar do atendido: que os profissionais estejam centrados na situação específica daquele ser humano doente, ou, mais especifi-

camente, naquele indivíduo que pode apresentar desordens mais abrangentes que a simples perturbação física. Assim, essas abordagens (no trato hospitalar) são (ao menos teoricamente) mais complementares que contraditórias.

De fato, no quotidiano das práticas de saúde os aspectos relacionais e técnicos não são facilmente distinguíveis. Ao aspecto curativo se fixa acima de tudo o prestígio do saber científico, enquanto o cuidado está mais relacionado à simplicidade do saber empírico. Essa dicotomia é um elemento não negligenciável da profissionalização da medicina. O médico, legitimado pelo saber científico, deve fazer a distinção entre o seu trabalho e aqueles que têm conotação “doméstica”. *To cure* supõe, dessa forma, tanto uma ciência quanto uma prática. Já *to care* é uma ação que se desenvolve na quotidianidade, ou seja, supõe intuição e proximidade.

Na verdade, o trabalho em saúde depende de uma combinação de variáveis no domínio do técnico, *to cure*, e do relacional, *to care*. Sobre esse aspecto, Saillant e Gagnon referem a existência de uma divisão artificial entre *cure/care*, uma vez que os seus limites são indeterminados:

“Não se vai muito além das distinções entre *cure* e *care* para falar de uma ‘técnica demasiada’ e de ‘pouco humano’. Como se não existissem técnica no humano e como se a técnica se definisse excluindo o humano e a humanidade” (Saillant e Gagnon, 2003, p.5).

Observa-se nos serviços em saúde a existência de padrões mais ou menos fixos de representações que os profissionais possuem de seus usuários. Podemos admitir que essas representações são decorrentes da história de cada um, de pressões e constrangimentos das instituições ou da sociedade de maneira mais geral. Nesse sentido podemos encontrar duas formas clássicas de prestação de serviços em saúde: a ajuda e a intervenção.

Ajuda e Intervenção: dissonâncias e convergências

Em certos campos da ação social e sanitária os debates em torno das questões da “ajuda” e “intervenção” são objeto de numerosas análises. Esses debates geralmente opõem uma rede estatal a uma rede comunitária e uma rede de solidariedade a uma rede profissional.

Dentro das práticas de saúde, podemos vislumbrar a dimensão da “ajuda”, ou seja, uma ação na qual alguém presta auxílio à um outro em resposta à uma demanda dessa ajuda, demanda muitas vezes imprecisa. A ajuda sempre se dirige ao singular, sem procurar desenvolver a capacidade de generalização. Assim, os profissionais se vêem obrigados a recorrer às suas qualidades individuais, adquiridas na vida pessoal ou profissional, e tal situação poderia dar origem a posturas caridosas. Esse risco é tão evidente que o próprio texto do Ministério da Saúde alerta:

“Devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma política de humanização traz ao campo da saúde, já que as iniciativas se apresentam, em geral, de modo vago e associadas a atitudes humanitárias, de caráter filantrópico, voluntárias e reveladoras de bondade, um “favor”, portanto, e não um direito à saúde” (Brasil - MS, 2004).

Quais as qualidades de um agente do Cuidado? Podemos perceber que não se tratam de qualidades dadas naturalmente, ou seja, trata-se um bem construído socialmente e de uma aquisição estável e regulada. Observa-se o predomínio de uma faixa etária (terceira idade), de um sexo (feminino) e de um tipo de personalidade (altruísta). Tratam-se de uma atualização das virtudes morais defendidas pelos ideais filantrópicos do século XIX onde estas qualidades seriam de uma segunda natureza, produzida em muitos casos por uma prática religiosa como a caridade, ou pela socialização através das relações familiares, das obrigações de trocas (*dom* e *contradom*)¹; ou ainda uma resposta à vocação ou a um chamado transcendente.

A resposta proposta pelo Estado através do PNHAH revela uma preocupação de reparação, nada ilegítima em termos de ação pública, mas que nada muda em termos de justiça social. Como bem refere Gastaldo:

“...o acesso aos serviços de saúde de qualidade é apenas um entre mais de uma dezena de determinantes sociais de saúde, como a distribuição equitativa de renda, inclusão social, condições de trabalho e de educação. Além disso, os serviços de saúde são responsáveis por apenas 10 a 15% de todos os cuidados de saúde que ocorrem nas sociedades de países ditos desenvolvidos, estando a carga da sociedade a maior parte dos cuidados” (Gastaldo, 2005, p.:405).

Por outro lado, a intervenção designa principalmente a ação do Estado sobre a sociedade civil entrando no quadro jurídico dos direitos civis complementados por legislação específica para esse fim. A história da intervenção é longa, e o exemplo do hospital o confirma. Medidas são tomadas, recursos são alocados, limites são impostos, e cada indivíduo sentirá seus efeitos na sua vida pessoal, nas suas relações sociais.

O que se reivindica na humanização da saúde nada mais é do que a visibilidade de uma prática que permeia o cotidiano de muitos profissionais dessa área. Falar de humanização não significa dizer que ela não existia anteriormente. Os hospitais sempre encontraram condições difíceis de trabalho que culminavam com uma deterioração da relação com os usuários, e seus agentes se questionavam sobre isso mesmo antes que se instituísse a humanização como modo de intervenção. Da mesma forma, há muitos profissionais que, mesmo sem uma formulação teórica da proposta, ou mesmo sem utilizar o termo, praticam a “humanização” em seu cotidiano.

O Programa de Humanização envolve tanto aspectos técnicos quanto relacionais, e é aí que reside o seu interesse.. Enfim, o programa pretende que o trabalho nos “serviços humanos” não consista simplesmente em exercer a atividade, seja qual for a profissão, mas sobretudo na passagem de competências, superando assim os limites da divisão do trabalho em relação ao tratar e o cuidar. A busca desse equilíbrio supõe uma redefinição de competências que possa superar a dicotomia alma/corpo, em que o corpo passou a ser domínio dos médicos e a alma, dos religiosos. É por isso que, em alguns discursos e práticas dos profissionais, pode-se vislumbrar a percepção de que o humano só pode ser resgatado se houver bondade ou doação.

Eu gostaria de lembrar aqui os limites de campo de competência propostos por Pierre Bourdieu. O autor, utilizando, por sua vez, o campo de competência proposto por Max Weber, mostra como hoje os limites desse são imprecisos, razão pela qual os limites impostos pelo monopólio da cura da alma ou do corpo estão sendo transformados. A dicotomia alma/corpo foi reconstruída de tal forma que, se originalmente o corpo era domínio médico e a alma, dos clérigos, hoje esses limites foram transpostos. A citação seguinte é esclarecedora:

1 No sentido usado por Mauss (1974), onde *Dom* e *Contradom* dizem respeito às formas de obrigações recíprocas.

“Assim, onde havia um campo religioso distinto, há doravante uma transposição do mesmo. Não é por acaso que um grande número de clérigos se torna psicanalista, sociólogo, trabalhador social etc., exercendo novas formas de cura com um estatuto laico” (Bourdieu, 1987, p.187).

Assim, a idéia de “humanização da saúde” demanda do profissional que converta a dimensão econômica e técnica de seu trabalho em dimensão relacional. Minha abordagem partilha dessa análise, por entender que a proposta dos profissionais do Programa de Humanização da Saúde e toda a idéia corrente de “humanização da saúde” se inscrevem nesses campos de competência.

Nesse sentido, a abordagem antropológica dos programas de intervenção em saúde torna-se pertinente na medida em que é necessário reconhecer que a Saúde Pública é uma cultura (mesmo que ela não se reconheça como tal), uma vez que ela envolve um saber, um método, um estado de espírito, uma tecnologia e um campo social estruturado e relativamente autônomo no qual os atores sociais ocupam uma posição definida pelo volume e capital social condizente. Dessa forma, a Saúde Pública articula valores de ordem simbólica e material ao mundo social.

Referências

ARBORIO, A. M. Quand le sale-boulot font le métier: les aides-soignants dans le monde professionnalisé de l'hôpital. *Sciences Sociales et Santé*, Montrouge, v. 13, n. 3, p. 93-124, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa nacional de humanização da assistência hospitalar*. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004.

BOURDIEU, P. *Esquisse d'une théorie de la pratique, précédé de trois études d'ethnologie kabyle*. Genève: Droz, 1972.

BOURDIEU, P. La dissolution du religieux. In: _____. *Choses dites*. Paris: Les Éditions du Minuit, 1987. p. 117-123.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CICOUREL, A. V. L'intégration de la connaissance distribuée dans le diagnostic médical d'équipe. In: _____. *Le raisonnement médical: une approche socio-cognitive*. Paris: Seuil, 2002. p. 143-173.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência & Saúde de Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 8-14, 2004.

FASSIN, D. *Des maux indicibles: sociologie des lieux d'écoute*. Paris: La Découverte, 2004.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GASTALDO, D. Humanização como processo conflitivo, coletivo e contextual. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 389-406.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*. Paris: Payot, 1991.

MAUSS, M. “Ensaio sobre a Dádiva: Forma e Razão da Troca nas Sociedades Arcaicas”. In: _____. *Sociologia e Antropologia*. São Paulo, Ed. Abril, 1974.

PAICHELER, G. Les professions de soins: territoires et empiètements. *Sciences Sociales et Santé*, Montrouge, v. 13, n. 3, 1995, p. 5-10.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

SAILLANT, F.; GAGNON, E. Vers une anthropologie des soins? *Anthropologie et Sociétés*, Québec, v. 23, n. 2, p. 5-14, 2003.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, p. S419-S427, 2003. Suplemento 2.

Recebido em: 12/08/2005

Aprovado em: 13/09/2005